

**JÉSSICA DE ARAÚJO SILVA**

**SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA NEONATAL NO BRASIL, 2000-2014**

Trabalho apresentado no curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES), do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), como requisito parcial para aprovação no referido curso.

Prof. Linconl Agudo Oliveira Benito

**Brasília**

**2016**

## **Síndrome de abstinência neonatal no Brasil, 2000-2014**

Jéssica de Araújo Silva<sup>1</sup>  
Lincoln Agudo Oliveira Benito<sup>2</sup>

### **Resumo**

Trata-se de estudo transversal, comparativo e de abordagem quantitativa que se propôs a analisar a frequência de registros de sintomas de abstinência neonatal de drogas utilizadas pela mãe (CID10: P96.1) no Brasil, no período de 2000 a 2014. Os dados que fundamentaram a pesquisa foram fornecidos pela Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE) do Ministério da Saúde (MS). O estudo demonstrou o universo de 30 casos, com a média e o desvio padrão respectivamente de 2 e  $\pm 1,19$ . A maior frequência foi identificada no ano de 2006, que apresentou a incidência de 13,35% (n=4). A região sudeste foi a que apontou a maior frequência, registrando 33,3% (n=10) e o estado de São Paulo com 20% (n=6). O estudo demonstrou, ainda, reduzida frequência do fenômeno.

**Palavras-chave:** Síndrome de Abstinência Neonatal. Gravidez. Substâncias Tóxicas.

## **Neonatal abstinence syndrome in Brazil, 2000-2014**

### **Abstract**

This study has a transversal, comparative and quantitative approach that aimed to analyze the records frequency of neonatal abstinence symptoms of drugs used by the mother (ICD10: P96.1) in Brazil between 2000 and 2014. The data was requested from the General Coordination of Information and Epidemiological Analysis (GCIEA) of the Ministry of Health (MOH). The study demonstrated the universe of 30 patients with a average and standard deviation of, respectively (2 $\pm$ 1.19). The highest frequency was found in 2006 with 13.35% (n=4). The Southeast (SE) was the one with the highest frequency recorded 33.3% (n=10) and the State of São Paulo (SP) 20% (n=6). The study showed also a reduced frequency of the phenomenon in question.

**Keywords:** Neonatal Abstinence Syndrome. Pregnancy. Toxic Substances.

### **Introdução**

O relatório Mundial sobre Drogas publicado em 2015 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) aponta que mais de 5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos, que equivale a 246 milhões de indivíduos teve acesso a drogas ilícitas em 2013. As mulheres tendem a fazer uso inapropriado de opióides de prescrição e tranquilizantes. O estudo também observou que uma de cada seis pessoas que realizam o abuso de drogas rotineiramente conseguem a possibilidade de tratamento. De acordo com Fedatov,

---

<sup>1</sup>Graduanda em Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

<sup>2</sup>Docente da faculdade de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

diretor executivo do UNODOC, "Mulheres, em particular, parecem enfrentar mais barreiras para ter acesso a tratamentos - enquanto, mundialmente, um em cada três usuários de drogas é mulher, apenas um em cada cinco em tratamento é mulher [...] concluiu que "é necessário trabalhar mais para promover a importância de se entender e abordar a dependência como uma condição crônica de saúde a qual, assim como diabetes ou hipertensão, requer tratamento e cuidados sustentados a longo prazo" (ONUBR, 2015).

As pessoas que consomem drogas, álcool ou tabacos têm normalmente um comportamento de risco à saúde, e como grávida toxicodependente, os riscos são elevados, passando a ser classificada como gestação de alto risco, o que, dependendo da decisão dessa mãe em não abster-se, coloca os filhos em reais condições de desenvolverem síndromes de privação (MARTINS et al., 2008).

O consumo de álcool e outras drogas continua sendo um grande problema de saúde pública, destacando-se de modo assustador na sociedade. Entre as gestantes, esse problema ganha ainda mais importância, pois a exposição de tais pacientes às drogas podem levar ao comprometimento da unidade no relacionamento durante a gestação entre mãe e feto (YAMAGUCHI et al., 2008).

A toxicodependente está sujeita a síndromes de abstinência repetidas que podem provocar aborto, morte intrauterina ou parto pré-termo. Também podem ser constatadas restrição do crescimento do feto e comprometimento do bem-estar fetal. O recém-nascido (RN) pode, ainda, ser afetado com baixo peso, déficit no crescimento pós-natal, microcefalia, problemas neuronais e do comportamento, assim como síndrome de abstinência. As consequências na gestação são tão danosas que, além das complicações mencionadas, podem ser verificados problemas de comportamento e cognitivos no desenvolvimento da criança, geralmente afetada pelo consumo continuado por parte da mãe (MOREIRA, 2011).

O cuidado de gestantes dependentes de álcool e de outras drogas é complexo, difícil e exige dedicação e preparo especial por parte dos agentes de saúde. Os profissionais devem estar conscientes das características únicas, tanto psicológicas quanto sociais, assim como das ramificações éticas e legais destes comportamentos. O principal impedimento para o início do tratamento para as mulheres dependentes, em geral, é o preconceito que sofrem por parte da sociedade. Quando essas mulheres estão grávidas, o preconceito se multiplica de tal modo que pode tornar-se uma barreira para que elas, pelo menos, peçam ajuda. Como consequência, essas gestantes raramente fazem acompanhamento pré-natal e, quando fazem, não relatam espontaneamente seu problema com as drogas (COUTINHO; COUTINHO; COUTINHO).

Por outro lado, um comportamento significativo é observado em razão do envolvimento

emocional causado pela gestação. As mulheres tornam-se mais sensíveis à necessidade de tratamento, consequentemente, a gestação passa a ser um período facilitador para a busca de ajuda. Se houver preparo por parte da equipe cuidadora, é exatamente nesta fase que se consegue uma abstinência completa e duradoura de todas as drogas, por se configurar como desejo por parte da maioria das mães para não prejudicar a saúde do filho, além da vontade de cuidar melhor do seu bebê (BRASIL, 2012).

A Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) ocorre por duas vias: pela exposição passiva a opióides intraútero, como consequência da dependência materna a heroína, metadona e outros analgésicos narcóticos e iatrogenicamente; e pela administração de opióides (fentanil, morfina e metadona) ao RN para analgesia e sedação. Os efeitos das drogas sobre o feto variam de acordo com diversos fatores, entre os quais, o tipo de droga, a quantidade, a frequência do uso e o período gestacional em que ocorreu o uso (MARGOTTO, 2013; MOREIRA, 2011).

Quanto à idade gestacional em que a substância atua, a maioria dos estudos existentes sobre a passagem de substâncias através da barreira materno-fetal são relativos ao final de gravidez. Pouco é conhecido sobre o transporte de substâncias nas fases precoces da gestação. Em relação à duração da exposição fetal, o seu prolongamento está, de modo geral, associado aos piores desfechos. A concentração efetiva de uma substância ou seus metabolitos é influenciado pela absorção, distribuição, metabolismo e excreção materna (processos modificados durante a gravidez), pela passagem e metabolismo através do saco vitelino e da placenta, pela distribuição, metabolismo e excreção pelo embrião ou feto e, por último, a reabsorção e deglutição de substâncias do líquido amniótico pelo RN (AMARAL, 2008).

A placenta é a responsável por estabelecer uma barreira lipídica entre as circulações da mãe e do feto. Entretanto, os efeitos das substâncias toxicológicas, por serem lipossolúveis, e consequentemente de baixa ionização, conseguem transpor a barreira placentária, por meio de difusão passiva, prejudicando o desenvolvimento fetal. Concluída a transposição da placenta, alcançam a circulação fetal, produzindo ação teratogênica, ação carcinogênica, interferência com a diferenciação de tecidos e órgãos, depressão ou sedação do feto, podendo ainda causar dependência com posterior síndrome de abstinência (SCHAEFER et al., 2007).

A SAN pode ser agudo ou tardio, mas sempre proporcional ao tempo de uso de drogas pela mãe, com reflexos diretos na idade gestacional do feto. O período de absorção pelo feto se dá de acordo com o tempo de uso e com a quantidade utilizada pela mãe. Os prejuízos clínicos causados à criança não serão, necessariamente, notados logo no nascimento, mas no seu desenvolvimento, que podem durar de oito a dezesseis semanas, ou mais (PEREIRA, 2012).

As manifestações da SAN podem ser ocasionadas por diversos estímulos, desde a idade

gestacional, por conta do uso de drogas pela mãe, com agravamentos pelo tempo de uso, pelo tempo de permanência dos efeitos em seu organismo e pela substância ingerida. A experiência mostra que, até a escolha do tipo de parto pode favorecer essas manifestações, como, por exemplo, o tipo de anestesia e analgesia utilizada durante o trabalho de parto (MOREIRA, M. A. 2011).

Os aspectos clínicos da SAN podem ser confundidos com outros diagnósticos devido à similaridade dos sinais e sintomas com outras doenças, o que necessita de investigação para possibilitar diagnóstico mais seguro. Essas reações variam desde hipertonia, tremores, inquietação, choro agudo, alteração do sono, convulsões, taquipnéia, apneia, diarreia, vômitos, regurgitação, deglutição prejudicada, sudorese, hipotermia (FERREIRA et al., 2008).

Realizada entrevista com a paciente, e sendo avaliado o seu histórico de saúde, é necessário observar a anamnese do RN de forma a identificar problemas, adotando-se, de imediato, os procedimentos estabelecidos pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), visando o devido cuidado. Além da SAE, também pode ser adotada a escala de Finnegan, que pontua as alterações como indicadores e a soma total aponta o nível de abstinência que a criança apresenta. Outra forma avaliação pode ser estabelecida pelas próprias condutas do hospital (SERRANO et al., 2004).

Os estímulos de bebês nesse quadro são naturalmente mais aguçados, podendo ser agravados se sofrerem qualquer interrupção do sono por barulhos exagerados, o que gera reações físicas diversas (Silva, 2005). Como prevenção desse quadro, é necessário o estabelecimento de acordo entre a equipe de saúde envolvida no acompanhamento dos RNs que mitiguem, ao máximo, tais ruídos. Os procedimentos a serem adotados são simples. Como exemplo, manter-se conversação mais tranquila e suave, uso de calçados apropriados e evitando-se tocar ou escrever nas incubadoras (ZAMBERLAN, 2006).

A escolha dos medicamentos é muito importante porque define a melhor opção de tratamento, de acordo com a necessidade de cada RN. Por exemplo os opióides podem reduzir a ocorrência de abstinência, mas diminui as atividades neurais. Já o fenobarbital ou outro sedativo pode deixar o RN sonolento, com menos apetite, mas minimiza as manifestações da privação neonatal (JOHNSON; GERADA; GREENOUGH; 2003; KASSIM; GREENOUGH, 2006).

O sulfato de morfina pode ser administrado até a estabilização do quadro, devendo ser retirado de forma gradativa até a sua total suspensão. Normalmente, a dosagem é de 0,5mg/kg/dia, distribuído em quatro doses, retirando-se cerca de 10% da medicação a cada dia ou de dois em dois dias, de acordo com a equipe responsável (COYLE, 2005).

A primeira opção de tratamento deve ser isenta de medicações, uma vez que o uso de fármacos administrados por prazos extensos ou mesmo em curto prazo pode causar dependência química. A dieta hipercalórica constitui-se cuidado primordial. Também deve ser observado o padrão de sono, além de manter-se frequente verificação da temperatura, assim como do desenvolvimento e do ganho ou perda de peso. É necessário estabelecer uma rotina de checagem, a fim de evitar qualquer fuga de notificação de sinais e sintomas (JACKSON, 2004).

Diante disso, a presente pesquisa objetivou analisar o quantitativo de registros da síndrome de abstinência neonatal (SAN) desenvolvidos no recorte geográfico “Brasil” e no recorte histórico formado pelos anos de 2000 a 2014.

## **Metodologia**

Trata-se de estudo transversal, comparativa e de abordagem quantitativa que se propôs a analisar a frequência de casos registrados de “sintomas de abstinência neonatal de drogas utilizadas pela mãe” (CID10: P96.1), identificados no recorte geográfico formado pelo “Brasil” no recorte histórico formado pelos anos de “2000 a 2014” ou seja, por quinze (15) anos.

Para a aquisição dos subsídios necessários à elaboração do presente estudo, foram solicitados dados formalmente à Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS).

Foram também utilizados artigos de periódicos científicos, documentos oficiais e legislação correlata, adquiridos após a realização de levantamentos bibliográficos eletrônicos implementados em bases de dados informatizados nacional e internacional, sendo as mesmas, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cuiden, Minerva (UFRJ), Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Repositório Digital da UBI (uBibliorum), Repositório Digital Lume da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Repositório Institucional do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Saber (USP), Teses (FIOCRUZ), U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM) e o Pubmed.

Com o objetivo de facilitar a aquisição dos dados para construção da presente pesquisa, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sendo os mesmos, “Síndrome de Abstinência Neonatal” com o número de registro “22951” e descritor único “D009357”, “Recém-Nascido” com o número de registro “22226” e

descriptor único “D007231”, “Lactente” com o número de registro “7399” e descriptor único “D007223”, “Substâncias Tóxicas” com o número de registro “32560” e sem descriptor único e “Gravidez” com o número de registro “22261” e descriptor único “D011247”.

Foram utilizados os termos equivalentes ao idioma inglês dos descritores selecionados, sendo os mesmos, “Neonatal abstinence syndrome”, “Infant newborn”, “Infant”, “Toxic substances” e “Pregnancy”. Objetivando potencializar o processo de aquisição de referências para construção do presente estudo, foram utilizados e conjugados os operadores lógicos booleanos de pesquisa, sendo os mesmos “and”, “or” e “and not”.

Após a aquisição dos subsídios, os mesmos foram organizados utilizando para esta atividade o software Microsoft Excel 2016®, pertencente ao pacote Microsoft Office 2016® for Mac OS X®. Os resultados derivados da presente pesquisa foram expostos por meio de um quadro e tabelas explicativas. Os autores do presente estudo declaram a inexistência de conflito de interesses, bem como a inexistência de fontes financiadoras.

## **Resultados**

No decurso do processo de organização e de análise dos dados, foi possível verificar a complexidade da referida temática, sendo encontradas na literatura científica, artigos que analisara a questão da síndrome da abstinência neonatal relacionada a várias substâncias entorpecentes. Dessa forma, os achados foram expostos por meio de um quadro que apresenta particularidades e singularidades do referido fenômeno, objetivando ampliar as reflexões e análises deste problema de saúde pública, conforme exposto junto ao quadro de número 01.

**Quadro 01** – Apresentação da SAN por meio da literatura científica em suas várias modalidades por substância consumida, tipo de paciente e sinais e sintomas apresentados:

Autor/Ano	Drogas	Paciente	Sinais/Sintomas
Maia (2015)	* Tabaco	RN	* Crescimento fetal, baixo peso ao nascer, insuficiência uteroplacentária e deslocamento de placenta.
Barbosa (2014)	* Cocaína	RN	* Risco de hipoxemia (baixa concentração de oxigênio no sangue arterial) fatal, DPP, à formação congênita, abortamento espontâneo.
Brito (2014)	* Tabaco	RN	* A nicotina causa vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, reduzindo o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto, déficit do crescimento, diminuição do peso corporal dos neonatos, alteração na estrutura brônquio-alveolar.
	* Tabaco	Mãe	* Ruptura prematura das membranas e abortamento, sangramento vaginal, perdas perinatais, amnionite.
Coutinho; Coutinho; Coutinho, (2014)	* Cocaína	Mãe	* Trabalho de parto pré-maturo, DPP, ruptura uterina, arritmias cardíacas, ruptura hepática, isquemia/enfarte cerebral e óbito.
Silva (2014b)	* Álcool	RN	* Nervosismo, aumento das respostas reflexas e tônus, irritabilidade, déficit de quociente de inteligência (QI), TDA, hiperatividade, redução da capacidade motora fina, falta de inibição.
Machado (2014)	* Cocaína	Mãe	* Abortamento espontâneo, DPP, Ruptura prematura de membranas, Trabalho de parto prematuro.
Silva, (2014a)	* Crack	Mãe	* Abortamento espontâneo, DPP, trabalho de parto prematuro, ruptura uterina, disritmias cardíacas.
Margotto (2013)	* Cocaína e o Crack	RN	* Vasoconstrição, HA, taquicardia, restrição do crescimento, malformações cerebrais, malformações cardiovasculares, geniturinárias, atresias do trato gastrointestinal, alterações visuais e auditivas.
Moreira (2011)	* Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína, meperidina, propoxifeno, pentazocina).	RN	* Baixo peso, ruptura prematura das membranas, prematuridade e depressão respiratória, estando associado a um aumento da mortalidade e morbidade perinatais.
	* Simpaticomiméticos/estimulantes do SNC (anfetaminas, cocaína, metanfetamina).	RN	* Restrição do crescimento intra-uterino e parto prematuro distúrbios do crescimento, má formação cardíaca fetal, ruptura prematura das membranas e descolamento da placenta, enfarte cerebral perinatal, EEG anormal ao nascimento, atresias não-duodenal e anal, enterocolite necrotizante, defeitos terminais dos membros, efeitos cardiovasculares, anomalias genitourinárias, perímetro cefálico reduzido.
	* Hipnóticos e sedativos/depressores do SNC (barbitúricos, glutetímida, fenotiazinas, hidrato de cloral, álcool, sedativos e tranquilizantes menores, alcalóides da beladona [escopolamina, atropina], hidrocarbonetos voláteis [gasolina, tolueno]).	RN	* Tremores, irritabilidade, hipertonía, diarreia e sucção vigorosa hipotonía, letargia e dificuldade de sucção.
	* Alucinogénios (dietilamida do ácido lisérgico [LSD], mescalina, marijuana, fenilciclídina-hidroclorato)	RN	* Catarata, microftalmia, displasia retiniana, hipóxia fetal alteração do padrão de sono, atraso da maturação do sistema visual, déficit de atenção, alteração das capacidades de discurso e pensamento e reduções de perímetro cefálico em crianças mais velhas.
Reis; Gama; Santos (2010)	* Álcool	RN	* Malformação e retardo do crescimento, alterações do sistema nervoso central, como microencefalia, alterações faciais, como hipoplasia facial e microftalmia.
Ferreira e Fernandes (2008)	* Metadona	RN	* Tremores, irritabilidade (choro excessivo), problemas no sono, reflexos hiperactivos, hipertonía muscular, convulsões, má alimentação, vômitos, diarreia, desidratação, sudorese, febre e taquipnéia.
	* Heroína, metadona e buprenorfina	RN	* Baixo peso, baixo perímetro cefálico e baixa estatura ao nascimento, tremores, irritabilidade (choro excessivo), problemas no sono, reflexos hiperactivos, hipertonía muscular, convulsões, má alimentação, vômitos, diarreia, desidratação, sudorese, febre e taquipnéia.
Yamaguchi et al. (2008)	* Álcool e etanol		* Retardo do crescimento intra-uterino, déficit mental, alterações músculoesqueléticas, geniturinárias e cardíacas, alterações na mielinização e hipoplasia do nervo óptico.
Silva (2002)	* Opióides	RN	* Baixo peso ao nascer, estatura baixa e circunferência cefálica pequena, aparecimento de hérnia inguinal.
	* Tabaco	Mãe	* Trabalho de parto prematuro, anóxia, DPP, placenta prévia, rotura das membranas, síndrome da angústia respiratória.
Rotta; Cunha (2000)	* Cocaína	Mãe	* HA, taquicardia e hipertermia.

**Fonte:** Produção dos autores, 2016.

**Legenda:** DPP: Deslocamento prematuro de placenta; HA: Hipertensão Arterial; RN: Recém-nascido; SAN: Síndrome da abstinência neonatal. TDAH: transtorno de déficit de atenção. EEG: eletroencefalograma.



Por meio do presente estudo, foi possível verificar que, no recorte histórico e geográfico analisados, foi identificado o universo de trinta (30) casos de SAN, sendo que o ano de 2006 registrou a maior frequência com 13,35% (n=04) e os anos de 2003, 2007 e 2012 registraram a menor frequência, com 3,35% cada (n=01) casos, conforme exposto na tabela de número 01.

**Tabela 01** – Frequência, percentual registros de síndrome de abstinência neonatal de drogas utilizadas pela mãe, no Brasil entre os anos de 2000 a 2014 (n=30):

<b>Ano</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
2014	2	6,65
2013	-	-
2012	1	3,35
2011	2	6,65
2010	3	10
2009	2	6,65
2008	3	10
2007	1	3,35
2006	4	13,35
2005	3	10
2004	2	6,65
2003	1	3,35
2002	-	-
2001	3	10
2000	3	10
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, 2016.

A região Sudeste (SE) foi a que registrou a maior frequência de casos, quando comparada às demais, somando o total de 33,3% (n=10) e a região Sul (S), a menor frequência 10% (n=03), como consta da tabela de número 02.

**Tabela 02** – Frequência, percentual de registros de sintomas de abstinência neonatal de drogas utilizadas pela mãe por regiões brasileiras, no Brasil entre os anos de 2000 a 2014 (n=30):

<b>Região</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sudeste	10	33,3
Nordeste	8	26,7
Norte	5	16,7
Centro-oeste	4	13,3
Sul	3	10
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, 2016.

Na tabela de número 03, é verificado que o estado de São Paulo (SP) obteve a maior frequência de casos de SAS no recorte histórico e geográfico analisados, somando 20% (n=06)

e a menor frequência foi identificada nos estados do Amapá (AP), Ceará (CE), Rio de Janeiro (RJ), Roraima (RR) e Rio Grande do Sul (RS), que registraram 3,35% cada (n=01).

**Tabela 03** – Frequência, percentual de registros de sintomas de abstinência neonatal de drogas utilizadas pela mãe por unidades federativas, no Brasil entre os anos de 2000 a 2014 (n=30):

UF	f	%
SP	6	20
GO	4	13,3
MG	3	10
PA	3	10
PB	3	10
BA	2	6,65
MA	2	6,65
PR	2	6,65
AP	1	3,35
CE	1	3,35
RJ	1	3,35
RO	1	3,35
RS	1	3,35
AC	-	-
AL	-	-
AM	-	-
DF	-	-
ES	-	-
MS	-	-
MT	-	-
PE	-	-
PI	-	-
RN	-	-
RR	-	-
SC	-	-
SE	-	-
TO	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, 2016.

Os estados do Acre (AC), Alagoas (AL), Amazonas (AM), Espírito Santo (ES), Mato Grosso do Sul (MS), Mato Grosso (MT), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN), Roraima (RR), Santa Catarina (SC), Sergipe (SE) e Tocantins (TO) e o Distrito Federal (DF) não registaram casos de sintomas de abstinência neonatal de drogas utilizadas pela mãe.

O estudo demonstra que, como profissionais de saúde, temos significativa participação em cada experiência da gestação, do parto e do pós-parto. Também ficou evidenciado que precisamos trabalhar com a constante promoção da saúde e do bem estar do RN e da mãe, cumprindo metas de intervenções, que produzam melhores condições aos pacientes, perseguindo o objetivo maior de diminuir dor e desconforto, mas, sobretudo, levando conhecimento, dando orientações, de modo que o principal resultado alcançado seja a mudança de hábitos e de forma de pensar, de sentir, de entender e de lidar com a família, propiciando melhor ambiente para a criação do pequeno que chega (BRASIL, 2001).

A abordagem mais confiante pelos profissionais da saúde, com ações que influenciem o desenvolvimento dos pais é a demonstração de que eles são capazes de cuidar de seus filhos, ainda que limitado à compreensão ou capacidade de cada um. Os profissionais devem estimular os pais a ajudarem a si mesmos, não só nos aspectos relacionados ao abandono das drogas, mas, principalmente na crença de que podem mudar sua sorte e oferecer vida digna a seus filhos (PEREIRA, 2012).

A multidisciplinaridade é de suma importância, porque possibilita o atendimento às gestantes em todas as áreas de tratamento, desde físicas, psicológicas, sociais e até mesmo financeiras. A enfermagem, por meio dos serviços prestados, tanto de atenção básica à saúde (ABS) quanto de atenção de nível mais complexo, por ser a equipe de saúde que fica mais próxima, deve desenvolver, para os pacientes, educação de prevenção, promoção de saúde, desde o início do pré-natal, até o atendimento rotineiro do bebê (SILVA, 2002).

As Enfermeiras, como cuidadoras que permanecem mais tempo em contato com o RN portador de SAN, tem a responsabilidade de fazer avaliações contínuas, usando escalas de avaliação, e pondo em prática medidas medicamentosa ou não de tratamento, observando que esta última, por diminuir os estímulos que podem levar a uma irritabilidade, choro agudo, e favorecendo adequada nutrição e um bom estado de hidratação, deve ser adotada sempre que o quadro recomendar (SILVA, 2005).

Em relação ao consumo de drogas, os estudos mostraram maior incidência da iniciação do uso de álcool e outras drogas na infância, tanto por influência familiar, quanto por influência da escola ou do trabalho, quando em idade maior, tudo isso agravado pelas condições

socioeconômicas e culturais, de religião e de ambiente de trabalho e pelos relacionamentos (PAIVA; RODRIGUES, 2008).

Estudo realizado na cidade de Rio Branco, no estado do Acre (AC), mostra mulheres entre 14 e 32 anos, relatando que iniciaram o uso de drogas na faixa de 5 a 22 anos, todas por influência de amigos ou do ambiente (MAIA, 2015).

Pesquisas indicam que a motivação inicial dos usuários de álcool e de outras drogas é a busca de satisfação, entretenimento, a curiosidade de experimentar, ou ainda para fugir de preocupações (VASTERS; PILLON, 2011).

No entanto, quando essas usuárias estão grávidas, esses riscos à saúde se tornam ainda maiores, tanto a sua própria saúde como a do feto e recém-nascido (RN), muitas delas sabendo do problema que o uso de drogas de abuso pode causar no filho, continuam o uso normalmente, o que é preocupante, pois, além de continuarem fazendo uso, abandonam o pré-natal (PORTELA et al., 2013).

Em diversas situações, a equipe de saúde tem como detectar o consumo de drogas de abuso durante a gestação, o que detectado o diagnóstico mais precocemente leva a intervenção mais eficaz, possibilitando um tratamento mais adequado e diminuindo o comprometimento tanto materna como neonatal, porém, essas gestantes tendem a realizar poucas consultas pré-natais, diminuindo a intervenção precoce (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014). Normalmente, estão envolvidas em problemas clínicos como depressão, infecções transmissíveis sexualmente (ITSs), hepatites, vírus da imunodeficiência humana (HIV), violência doméstica (COUTINHO et al., 2014).

No entanto, nos deparamos com profissionais que não sabem agir diante desse quadro, tanto por falta de capacitação quanto por falta de referência e contra referência das unidades de alta complexidade, dificultando o auxílio às gestantes, além de não ter estrutura adequada para realizar o pré-natal de alto risco nas unidades básicas de saúde (MAIA, 2015).

Existem muitos estudos que comprovam que a mulher omite o consumo de drogas, tendem a ser um possível reflexo de um acolhimento falho a essas usuárias, faltando uma observação mais ampla do contexto em que vive a grávida e identificar os fatores de risco que a levaram a usar drogas abusivas, o que resgata a importância de se criar plano de ações para os profissionais da saúde que possam trabalhar com a família e a essas gestantes mais vulneráveis (RENNER et al., 2016).

A prática de consumir drogas de abuso tanto legais como ilegais durante o período gestacional, por vezes não é identificada, ou seja, não é diagnosticado de início por medo e culpa por parte da gestante, que pode não revelar sua condição de consumidora ou relatar de

forma incompleta a quantidade da droga de abuso em uso. Isso reforça a necessidade do adequado preparo da equipe de saúde para a atenção básica e adoção de atuação diferenciada na abordagem e acolhimento durante todo o processo de gestação até o parto, onde o enfermeiro se destaca como um dos profissionais mais necessários para essa captação e cuidado em detectar a gestante (KASSADA, 2013).

Algo a se destacar é a subnotificação nos registros da síndrome de abstinência neonatal, o que leva a baixo índice nos registros encontrados nesse estudo, mesmo que cada tipo de droga tenha sua característica na manifestação, é viável encontrar aspectos comuns em todas as manifestações clínicas que se apresentam na mãe ou no RN que estão sobre o uso de drogas abusivas por meio da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) (SILVA; TOCI, 2002).

A maioria dos artigos encontrados sobre subnotificação são, em sua maioria, antigos, observando a necessidade de novos estudos e pesquisas sobre o assunto. A subnotificação acaba permitindo a presença de “falhas” nos dados lançados, nesses casos a subnotificação pode chegar a índices maiores que 50% ou 70% dos casos, apontando atraso ou podendo levar à falta de controle. Tal situação sugere relação com a falta de conhecimento por parte dos profissionais, pela grande demanda de tempo em preenchimento de prontuários e pela carência de retomada de análise de diagnósticos, a baixa ação de vigilância pode tornar-se uma subnotificação homogênea e prejudicar a identificação de tendências, grupos e fatores de risco (WALDMAN, 1998).

A subnotificação sobre a SAN se observa devido aos prontuários incompletos ou preenchidos incorretamente, sempre faltando informações, como pode ser observado nos setores hospitalares. O que exige a forma mais exigente de preenchimento e acompanhamento dessas informações de modo mais fidedigno, às vezes, falta conhecimento por parte do profissional a respeito da importância de uma coleta de dados bem precisa, preenchida corretamente, com detalhes, evitando maiores riscos ao ocultar pontos específicos nos prontuários, favorecendo a prestação de cuidados e planejamento a curto prazo (MURILO et al., 2015).

O pré-natal deve ser bem evidenciado como primeira forma de registro de captação de casos além de ser uma das melhores formas de rastrear gestantes que se enquadram nesse grupo de risco, pois é nesse momento que podemos observar alguns aspectos da mulher como, por exemplo, se ela se mostra com uma autoestima baixa, com o padrão financeiro em que ela vive, se existem problemas de relacionamento em casa, o que nos permite direcionar um conversa

para confirmar as suspeitas do uso, facilitando o atendimento precoce com direcionamento correto a profissionais e tratamento adequados (PORTELA, 2012).

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizada em 2012, em são escolhidos, de forma aleatória, cidadãos acima 14 anos de todas localidades brasileiras, onde se aplicam questionários cujas respostas são mantidas sob sigilo, as quais servem para a classificação do padrão de uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas, assim como fatores resultantes do uso dessas substâncias, como depressão, suporte social, saúde física, violência infantil e doméstica entre outros. Além disso, o levantamento também constatou que as mulheres jovens fazem parte do maior grupo de risco com um índice de aumento entre 2006 e 2012 de modo nocivo (LENAD, 2012).

Foi realizado em 2009, o Relatório Brasileiro sobre Drogas, que representa os dados epidemiológicos do território brasileiro em relação a drogas, sendo aproveitado o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) os seus dados de base, em que se observou que a taxa de consumo de tabaco e álcool, sendo as drogas mais prevalentes com, respectivamente, 41,1% e 68,7% no país, dentre as outras drogas estavam: solventes (5,8%), benzodiazepínicos (5,6%), maconha (6,9%), estimulantes (3,2%) entre outras. (SILVA, 2014a).

Pelo presente estudo, foram identificados trinta 30 registros, sendo: 1 – 2006 com a maior frequência no período analisado; 2 – Os estados de Amapá Ceará, Rio de Janeiro, Rondônia, e Rio Grande do Sul, com a menor incidência, com apenas um caso em 15 anos; 3 – O estado de São Paulo como estado de maior frequência de casos; 4 – Acre, Alagoas, Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Roraima, Santa Catarina, Sergipe, Tocantins e Distrito federal, sem nenhum registro em 15 anos; 5 – Menor incidência na região Sul; 6 – A região Sudeste foi a região que apresentou maior índice de casos; 7 – Nos anos de 2003 a 2007 apresentaram menor número de casos.

### **Considerações finais**

Os dados obtidos nesse estudo, permitiram observar a necessidade de permanece vigilância e atenta para que os registros sejam mais claros e exatos, de acordo com a realidade de cada localidade, podendo ser simples ou trabalhando com educação continuada com os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, melhorando o planejamento para prosseguir captando gestantes, além de realizar um pré-natal de qualidade, assistindo a gestante e o RN da melhor forma para prevenir maiores danos.

O estudo observou a necessidade de referência e contra referência dessas gestantes em programas de ajuda para tratamento, como trabalhar em parceria com Centro de Atenção Psicossociais (CAPS ad), ou para Unidades de Desintoxicação com equipes treinadas para auxiliar na melhor forma de tratamento imediato com essa gestante, de modo que ela seja capaz de diminuir esse consumo até a cura.

Uma das questões no estudo consiste na determinação de indicadores epidemiológicos que permitam direcionar as ações de prevenção com essa gestante no pré-natal e empreender avaliações nos profissionais da saúde quanto ao cuidado, forma de acolhimento e tratamento de gestantes com esse quadro de risco a SAN, especialmente nas regiões de maiores índices. Levando uma diminuição na subnotificação na saúde.

O tema proposto para o desenvolvimento foi escolhido devido aos poucos artigos achados sobre a atuação de enfermagem na assistência para neonatos com síndrome de abstinência. Nesse sentido, esse projeto poderá contribuir para a valorização da importância do cuidado ao recém-nascido e o desenvolvimento da participação ativa da enfermagem no âmbito científico e, por conseguinte, na melhoria da assistência e atendimento de qualidade por profissionais de saúde.

O acompanhamento pré-natal é importante porque os procedimentos e cuidados adotados por equipes especializadas durante a gestação são fundamentais na prevenção de complicações com o RN. Além disso, a mãe bem orientada quanto aos riscos impostos ao bebê, em decorrência do uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação, certamente contribuirá para a redução de casos.

## Referências

AMARAL, J. M. V. Recém-nascido de mãe toxicodependente. In: AMARAL, J. M. V. (Coord.). **Tratado de clínica pediátrica**. Lisboa: Abbot Laboratório, 2008. v. 3.p. 1733-1739.

BARBOSA, J. L. C. **A influência da cocaína no crescimento e desenvolvimento fetal e neonatal**. 2014. 18 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, H. S. **Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco na gestação**. 2014. 32 f. Monografia (Especialização) - Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

COUTINHO, T.; COUTINHO, M. C.; COUTINHO, M. L. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas. **Femina**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.11-18, jan./fev. 2014.

COYLE, M. G. et al. Neurobehavioral effects of treatment for opiate withdrawal. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, London, v. 90, n. 1, p. F73-F74, jan. 2005.

FERREIRA, P; FERNANDES, N. Síndrome de privação neonatal. **Revista Toxicodependências**, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 24-29, jan./abr. 2008.

JOHNSON, K.; GERADA, C.; GREENOUGH, A. Treatment of neonatal abstinence syndrome. **Archives of disease in childhood**. Fetal and neonatal edition. London, v. 88, p. F2-F5, jan. 2003.

KASSADA, D. S. et al . Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, set./out. 2013.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 428-434, set. 2014.

KASSIM, Z.; GREENOUGH, A. Neonatal abstinence syndrome: identification and management. In: **Current Paediatrics**, London, v. 16, n. 3, p. 172–175, Jun. 2006.

INPIAD (Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas). **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, LENAD.**, 2012. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/>. Acesso em abril de 2016.

MACHADO, M. A. **Cocaína na gestação e consequências para o recém-nascido**: uma revisão integrativa. 2014. 36 f. Monografia (Graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

MAIA, J. A. Experiências e percepções de mães usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde da atenção primária. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 6, n. 1, p. 1-13, jan./jun. 2015.

MARGOTTO, P. R. **Assistência a recém-nascido de risco**. Brasília: ESCS, 2013.

MARTINS, C.; GUEDES, R.; JOÃO, A. Recém-nascido de mãe toxicodependente. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 39, n. 3, p. 115-119, 2008.

MOREIRA, E. M. R. **Recém-nascido de mãe toxicodependente**: Casos de Síndrome de Abstinência em Neonatologia no CHCB. 2011. 38 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2011.

MOREIRA, M. A. **Síndrome de abstinência neonatal**: Um estudo retrospectivo – experiência profissionalizante na vertente de farmácia comunitária, hospitalar e investigação.



2012. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012.

NEVES, E. A. S.; SEGATTO, M. L. Drogas lícitas e ilícitas: uma temática contemporânea. **Revista da Católica**, Uberlândia. v. 2, n.4, p.1- 9, jul./dez. 2010.

NUNES, C.; ROCHA, S.; ESTEVES, T. Toxicodependência na gravidez e maternidade: a importância de uma abordagem multidisciplinar. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 27, n. 5, p. 458-464, set. 2011.

PEREIRA, S.M. **As vivências dos enfermeiros no cuidado ao recém-nascido com síndrome de abstinência neonatal e sua família**. 2012. 191 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2012.

PORTELA, G. L. C. et al . Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 58-63, ago. 2013.

REIS, A. T.; GAMA,V. C.; SANTOS, R. S. Síndrome alcoólica fetal: reflexões para a prática de enfermagem obstétrica e neonatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 4, p. 1488-1494, out./dez. 2010.

RENNER et al., Avaliação do uso de drogas por gestantes atendidas em hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. **Revista de Epidemiologia e controle de infecção**. Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 1-13, maio/jun, 2016.

ROTTA, N. T.; CUNHA, G. B. Exposição pré-natal à cocaína: revisão dos efeitos neurocomportamentais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 179-184, maio./jun. 2000.

SCHAEFER, C.; PETERS, P.; MILLER, R. K. (Eds). **Drugs during pregnancy and lactation treatment options and risk assessment**. 2.ed. London: Academic Press, Elsevier, 2007.

SERRANO, A. et al. Recém-nascido de mãe toxicodependente In: **Consensos Nacionais em Neonatologia**. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, Coimbra, p. 181-183, 2004.

SILVA, C. A. **O consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação: repercussões sobre a saúde do recém-nascido**. 2014. 94 f. Monografia (Graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014b.

SILVA, F. M. **Crack na gestação: consequências no crescimento e desenvolvimento para o feto e o recém-nascido**. 2014. 46 F. Monografia (Graduação) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014a.

SILVA, T. P.; TOCCI, H. A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Revista de Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 3, p.50-56, jan. 2002.

UNODC - Nações Unidas: Escritório sobre Drogas e Crime. **O Relatório Mundial sobre Drogas** 2015. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>. Acesso em março de 2016.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 1-8, mar./abr. 2011.

WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; KASSADA, D. S. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 428-434, jul./set. 2014.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 7-26, jul./set., 1998.

YAMAGUCHI, E. T. et al . Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 44-47, 2008.